

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4651 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Hay Ferhatia

Case

Tél. :

06.55.53.08.3)

Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : _____/_____/_____

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e)

Le : _____/_____/_____



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie des pyramides Dr. Elmoustaphi 6, Bis Bd. Abderrahmane Souabé Tél: 0522 99 26 92 INPE: 092049451 ICI	05/07/23	750,02

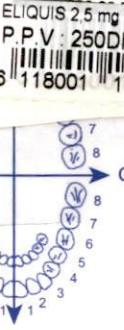
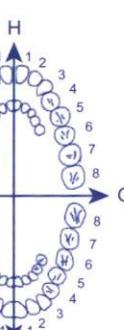
ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES RADIOSGRAPHIQUES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

6"118001 170920 S Nature des

<p>Elquis® 2,5 mg 20 comprimés pelliculés ELIQUIS 2,5 mg 20 cps P.P.V : 250DH00</p> <p>6 118001 170920</p>  <p>Laboratoires S.A. <i>Pharm</i></p>		<p>Elquis® 2,5 mg ELIQUIS 2,5 mg 20 cps P.P.V : 250DH00</p> <p>6 118001 170920</p> <p>Laboratoires S.A. <i>Pharm</i></p> <p>6 118001 170920</p>	<p>NT AUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DEBUT D'EXECUTION</p> <p>FIN D'EXECUTION</p> <p>Coefficient</p> <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <p>H</p> <table border="0"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> <p>D G</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p>	25533412	21433552	00000000	00000000
25533412	21433552						
00000000	00000000						
<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> 		<p>Coefficient</p> <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <p>H</p> <table border="0"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> <p>D G</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p>	25533412	21433552	00000000	00000000	
25533412	21433552						
00000000	00000000						

Nom du Patient :

Date : 18/05/2023

Ordonnance

M^m Abdessamri Nizar

250.000 x 3 = 750,00



El quis 250 x 25

250.00 Dr 2mij



Dr SERRA Khalid
Spécialiste en Médecine Interne
Professeur de l'enseignement supérieur
INP : 081168015

Pharmacie les Pyramides
Dr. Elmoustapha GHANDAF
6, Bis Bd. Abderrahim Bouabid
Tél: 0522 99 26 52 - Casablanca
INPE: 092049451 - I.C.E: 002072056000035

Pharmacie les Pyramides
Dr. Elmoustapha GHANDAF
6, Bis Bd. Abderrahim Bouabid
Tél: 0522 99 26 52 - Casablanca
INPE: 092049451 - I.C.E: 002072056000035



PHARMACIE LES PYRAMIDES

6 bis, Bd Abderrahim Bouabid

B.C. 303606

Patente:36030170

C N S S 6702600

T.V.A.:

Tél : 0522992652

Le 05/07/2023

N° ICE : 002072066000035

N° IF : 51500149

FACTURE N°208699

ABDDAIMI NAJAT

~~Pharmacie les Pyramides
Dr. Elmostapha CHANDAF
6, Bd. Abderrahim Bouabid
Tél: 0522 99 26 52
INPE: 092049451 - ICE: 002072066000835~~

REMISE GLOBALE :

BRUT TTC 750,00 - Remise 0,00 = NET TTC 750,00

Nombre d'Articles : 1

TVA 7% Base :

Montant :

TVA 20% Base :

Montant

Arrêté la présente facture à la somme de :
Sept Cent Cinquante Dirhams.